

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE  
RESIDÊNCIA INTEGRADA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE  
PROGRAMA SAÚDE DA CRIANÇA

Anderson da Silva Fagundes

**O TRABALHO DO/A ASSISTENTE SOCIAL E OS PROCESSOS DE  
TRABALHO COLETIVO EM SAÚDE:**

os fios (in)visíveis que materializam o conceito ampliado de saúde na  
percepção dos residentes

Porto Alegre

2019  
Anderson da Silva Fagundes

**O TRABALHO DO/A ASSISTENTE SOCIAL E OS PROCESSOS DE  
TRABALHO COLETIVO EM SAÚDE:**

os fios (in)visíveis que materializam o conceito ampliado de saúde na  
percepção dos residentes

Trabalho de Conclusão de Residência (TCR) apresentado à banca examinadora como requisito para obtenção do título de Especialista em Saúde da Criança, mediante conclusão do curso de pós-graduação *lato-sensu* do Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

**Orientadora:** Dr.<sup>a</sup> Dolores Sanches Wünsch

**BANCA EXAMINADORA**

---

Profa. Dr.<sup>a</sup> Vanessa Maria Panozzo  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)

---

Profa. Dr.<sup>a</sup> Vera Lúcia Bosa  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)  
Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA)

Porto Alegre  
2019

## SUMÁRIO

1.0 INTRODUÇÃO	4
2.0 REVISÃO DE LITERATURA	6
2.1 O trabalho do(a) Assistente Social em diferentes espaços sócio ocupacionais	6
2.2 Caracterizando Trabalho e Processo de Trabalho	10
2.3 Política de Saúde: elementos sócio históricos para o debate	12
2.4 Características do trabalho do(a) Assistente Social na Política de Saúde	17
3.0 OBJETIVOS	20
3.1 Geral	20
3.2 Específicos	20
4.0 RESULTADOS DA PESQUISA	20
O TRABALHO DO/A ASSISTENTE SOCIAL E OS PROCESSOS DE TRABALHO COLETIVO EM SAÚDE: os fios (in)visíveis que materializam o conceito ampliado de saúde na percepção dos residentes	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
5.0 CONSIDERAÇÕES FINAIS	26
REFERÊNCIAS	27
APÊNDICES	30
ANEXOS	33

## **1.0 INTRODUÇÃO**

Este Trabalho de Conclusão de Residência (TCR) é pré-requisito para obtenção de título de Especialista em Saúde da Criança, através do programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde (RIMS) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA).

O HCPA é uma instituição pública e universitária, integrante da rede de hospitais universitários do Ministério da Educação e vinculado academicamente à Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). É seu objetivo, prestar assistência em saúde de excelência, gerando conhecimento, formando e agregando pessoas de alta qualificação, o que torna o HCPA uma referência pública no setor saúde (HCPA, 2018).

A residência em saúde, enquanto formação em serviço, possibilitou transitar por diversos cenários de prática, além de proporcionar visão ampliada acerca da saúde. No primeiro ano da residência, o núcleo do Serviço Social do Programa Saúde da Criança (PSC), da turma 2018-2020, teve como itinerário a Unidade de Internação Pediátrica (UIP), no 10º Norte e Sul, e o Programa de Proteção à Criança Vítima de Violência Intrafamiliar (PPC), cujas intervenções estão ligadas aos direitos das crianças e adolescentes hospitalizadas e/ou em acompanhamento ambulatorial. No segundo ano, os cenários de prática foram a Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP), Ambulatório de Infectologia Pediátrica – HIV/Aids, o Programa de Reabilitação Intestinal de Crianças e Adolescentes e o Programa de Fibrose Cística.

Com a inserção no cenário de prática da UIP, emergiram inquietações referentes às requisições para o trabalho do(a) assistente social. Tais inquietações fizeram com que fosse elaborado o projeto de pesquisa intitulado “O trabalho do(a) assistente social na internação pediátrica nos processos de trabalho coletivos: a partir das concepções dos residentes em saúde”, o qual seus resultados estão demonstrados neste TCR.

Originalmente a proposta remete à percepção dos residentes que atuam na de internação pediátrica, acerca do trabalho do(a) assistente social, considerando ser esse um espaço de atenção integral em saúde, composto por equipes multiprofissionais e de um trabalho interprofissional.

Partindo da necessidade de articular as diferentes disciplinas e práticas profissionais, realizou-se a pesquisa junto aos profissionais residentes das

seguintes áreas: Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina, Nutrição e Psicologia, totalizando oito categorias profissionais. Portanto, foi a partir destas concepções, que se buscou dar visibilidade para as atribuições do (a) assistente social nos processos de trabalho coletivo em saúde, a fim de qualificar o trabalho interprofissional das equipes multiprofissionais.

Neste trabalho buscou-se responder questionamento inicial “O que particulariza o trabalho do(a) assistente social na internação pediátrica, na percepção dos residentes que atuam neste serviço, considerando os processos de trabalho coletivos em saúde nele presentes?”.

Destarte, não ficamos presos a este questionamento, buscamos ampliar a discussão ao nos indagarmos sobre: 1) Quais são as demandas em saúde dos usuários da unidade de internação pediátrica atribuídas ao assistente social? 2) Quais são as percepções acerca das atribuições do assistente social na unidade de internação pediátrica e as contradições acerca das demandas atribuídas a este profissional? 3) O que particulariza o trabalho do assistente social nos processos de trabalho coletivos em saúde?

O trabalho tem como relevância social o maior reconhecimento acerca dos sujeitos que acessam o serviço de pediatria e as demandas trazidas por eles, bem como explicitar que as expressões da “questão social” incidem no agravamento e perpetuação das condições de saúde da população.

Partindo desse pressuposto, constata-se a relevância acadêmica e científica frente à escassez de literatura que aborde a questão do trabalho do(a) assistente social e sua inserção no campo da pediatria em hospitais de alta complexidade, bem como a necessidade de fomentar a discussão acerca do trabalho interprofissional e os processos de trabalhos coletivo em saúde.

Além disso, destaca-se que o produto deste trabalho, além de ser apresentado em banca pública, será submetido à publicação, com vistas a contribuir para maior visibilidade do tema e fomentar importantes discussões acerca do exercício profissional dos(as) assistentes sociais inseridos na política de saúde.

Em síntese, o estudo teve como objetivo: Identificar o que particulariza o trabalho do(a) assistente social na internação pediátrica nos processos de trabalhos coletivos, a partir da percepção dos residentes que atuam neste

serviço, com vistas a contribuir para o fortalecimento da atenção integral em saúde.

Os resultados da pesquisa estão organizados na estrutura de artigo. Portanto, o trabalho está organizado em duas sessões. Na primeira está sistematizada a revisão de literatura e objetivos do estudo e na segunda, constam os resultados e discussão, no formato de artigo científico, e por último estão as considerações finais.

## **2.0 REVISÃO DE LITERATURA**

A temática proposta para a presente investigação será norteadada por categorias teóricas que embasam o estudo. São categorias fundamentadas a partir da revisão da literatura, e que, em um primeiro momento, realizaremos uma aproximação acerca da categoria “trabalho do(a) assistente social e os espaços sócio ocupacionais que se insere”, em seguida será abordado o conceito de “processo de trabalho e o impacto do trabalho do(a) assistente social”. Em um segundo momento, será abordada a Política de Saúde no Brasil, as características do trabalho do(a) Assistente Social nesta política pública.

### **2.1 O trabalho do(a) Assistente Social em diferentes espaços sócio ocupacionais**

Discutir os espaços sócio ocupacionais do(a) assistente social é compreender que estes profissionais são trabalhadores assalariados, que possuem uma dimensão histórica. Verifica-se ao longo do tempo, uma expansão dos campos de atuação em diferentes espaços sócio ocupacionais onde surgiram novas requisições profissionais.

Conforme Iamamoto (2009), analisar o trabalho dos(as) assistentes sociais em diferentes espaços sócio ocupacionais, requer a apreensão acerca da metamorfose e expansão do mercado de trabalho, decorrentes de estratégias do capital para superação da crise.

Estes cenários de atuação técnica reproduzem as particulares condições das relações de trabalho existentes na sociedade capitalista. Ressalta-se que as condições não são estáticas, são produtos históricos cujo terreno movente,

[...] atribui novos contornos ao mercado profissional de trabalho, diversificando os espaços ocupacionais e fazendo emergir inéditas requisições e demandas a esse profissional, novas habilidades, competências e atribuições. Mas ele impõe também específicas exigências de capacitação acadêmica que permitam atribuir transparências às brumas ideológicas que encobrem os processos sociais e alimentem um direcionamento ético-político e técnico ao trabalho do assistente social capaz de impulsionar o fortalecimento da luta contra hegemônica comprometida com o universo do trabalho. (IAMAMOTO, 2009, p. 3).

As metamorfoses dos espaços sócio ocupacionais estão condicionadas a dois fatores. Um deles diz respeito à luta pela hegemonia que é estabelecida entre as classes fundamentais e suas alianças; e a um segundo fator que diz respeito ao tipo de respostas teórico-práticas, revestidas de conteúdo político, que são dadas pela categoria profissional (IAMAMOTO, 2009).

Os(as) assistentes sociais vendem a sua força de trabalho às instituições do setor público, privado ou organizações da sociedade civil. Nesta perspectiva, os trabalhadores estão condicionados a diversas formas de vínculos (estatutário, celetista, trabalhador autônomo, contrato temporário, cooperativado), submetidos à lógica da reestruturação e precarização das condições de trabalho, além de terem a relativa autonomia.

A mercantilização da força de trabalho faz com que estes profissionais estejam subordinados às tendências do mercado. A partir disso, surge o processo de “modernização da produção” (IAMAMOTO, 2015), requisitando não mais um trabalhador especializado e sim, um trabalhador polivalente, capaz de exercer inúmeras funções, no mesmo tempo e sem aumento salarial.

Com isso, surge uma questão importante de ser analisada, denominada por Iamamoto (2015), como a “terceira revolução industrial”, que vem acompanhada de profundas transformações, tais como o aumento de sujeitos desempregados e sobrantes.

Conforme pesquisa realizada pelo Conselho Federal de Serviço Social em 2004, os(as) assistentes sociais estavam inseridos em diversos espaços de atuação. A sua maioria exercia atividades no setor público, em distintas políticas sociais. Atenta-se para o fato de que os(as) assistentes sociais são requisitados, historicamente, a trabalharem na gestão, elaboração, implementação e execução das políticas sociais, sejam no âmbito da

Assistência Social; Saúde; Previdência Social; Educação; Habitação; Meio Ambiente; etc.

Destaca-se que a Política de Saúde, no Brasil, enquanto espaço sócio ocupacional data de 1920, e desde então vem sofrendo diversas transformações em relação à concepção de saúde, modo de organização, estruturação e financiamento. Tais transformações estão imbricadas nas mudanças assumidas pela Política de Saúde, e com isso o trabalho profissional vai se redimensionando, conforme as relações de poder que são estabelecidas historicamente através do modelo de saúde biomédico, o qual é hegemônico e perdura até os dias atuais.

Pode-se dizer que é um equívoco interpretar os espaços de atuação profissional dos assistentes sociais, tendo como base as demandas consolidadas. Portanto, esta análise requer a compreensão acerca das “demandas potenciais que se abrem historicamente à profissão no curso da realidade” (IAMAMOTO, 2015, p. 4).

Cabe ressaltar que a correlação de forças existente no interior dos processos sociais cria diversas conjunturas, limites e possibilidades. Estes requerem, dos profissionais, subsídios que fundamentam o seu exercício profissional, cujos são construídos a partir da capacidade de análise crítica da realidade e de sua capacitação técnica e política.

Deste modo, é importante ressaltar que vivemos em uma sociedade capitalista, onde todos os setores estão a serviço da sociedade burguesa. Todavia, é preciso compreender que as relações são contraditórias e nestes espaços também se luta pela formação de consciência crítica, frente à desigualdade social produzida pela questão social.

Sendo as expressões da questão social o objeto de trabalho dos(as) assistentes sociais, é necessário evidenciar que,

os assistentes sociais trabalham com a questão social nas suas mais variadas expressões quotidianas, tais como os indivíduos as experimentam no trabalho, nas famílias, na área habitacional, na saúde, na assistência social pública etc. Questão social que, sendo desigualdade é também rebeldia, por envolver sujeitos que vivenciam as desigualdades e a ela resistem e se opõem. É nesta tensão entre produção da desigualdade e produção da rebeldia e da resistência, que trabalham os assistentes sociais, situados nesse terreno movido por interesses sociais distintos, aos quais não é possível abstrair ou



deles fugir porque tecem a vida em sociedade. (IAMAMOTO, 2015, p. 28).

Portanto, se faz necessário compreender a natureza da questão social enquanto uma relação determinada pela relação fundante do ser social, e antagônica entre capital *versus* trabalho, permeada pela resistência e luta de classes. Esta compreensão é necessária para captar as diversas formas de existência, meios e modos de vida que são criados e recriados, a fim de alcançar melhores condições de sociabilidade, acesso a bens e serviços e maior distribuição da riqueza socialmente produzida.

Pela complexidade da vida e das relações, cada vez mais, se exige profissionais qualificados, que tenham visão crítica e que sejam fios condutores desta visão. Desse modo, todo trabalho desenvolvido pelos(as) assistentes sociais, nos diversos espaços sócio ocupacionais, é baseado no Código de Ética do/a Assistente Social, (re)construído com ampla participação da categoria profissional e promulgado em 1993.

O Código de Ética tem como Princípios Fundamentais: Reconhecimento da liberdade como valor ético central; Defesa intransigente dos direitos humanos e recusa do arbítrio e do autoritarismo; Ampliação e consolidação da cidadania; Defesa do aprofundamento da democracia; Posicionamento em favor da equidade e justiça social; Empenho na eliminação de todas as formas de preconceito; Garantia do pluralismo; Opção por um projeto profissional vinculado ao processo de construção de uma nova ordem societária, sem dominação, exploração de classe, etnia e gênero; Articulação com os movimentos de outras categorias profissionais; Compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população, e; Exercício do Serviço Social sem ser discriminado/a, nem discriminar. (CFESS, 1993).

Destarte, é necessário ressaltar que “o Serviço Social não atua na realidade e sim, sobre a realidade” (IAMAMOTO, 2015, p. 55) e, portanto, os espaços construídos historicamente, revelam tensões presentes no interior das relações, cujas se estabelecem por meio da interação dos diferentes sujeitos que fazem parte da construção destes projetos distintos, que visam a implementação das políticas sociais.

## 2.2 Caracterizando Trabalho e Processo de Trabalho

A partir da discussão sobre os espaços sócio ocupacionais em que os(as) assistentes sociais se inserem, torna-se necessário uma aproximação acerca das categorias **trabalho** e **processo de trabalho**, dando especial atenção aos processos de trabalho coletivos em saúde.

Conforme a teoria de Marx, o trabalho é um processo cujo homem, através de sua ação, medeia, regula e controla o seu metabolismo com a natureza e “põe em movimento as forças naturais pertencentes à sua corporalidade, braços e pernas, cabeça e mão, a fim de apropriar-se da matéria natural numa forma útil para sua própria vida.” (MARX, 1983, p. 149 apud LESSA, 2016, p. 36).

Sendo assim, pode-se dizer que “o trabalho é atividade racional orientada para um fim, à produção de valores de uso, a assimilação de matérias naturais para a satisfação de necessidades humanas” (IAMAMOTO, 2015, p. 349).

Verifica-se ser esta a relação fundante do ser social, cuja é permeada por contradições e antagonismos. Cabe ressaltar que o trabalho tem uma dupla dimensão, sendo a do trabalho que possui valor de troca e a do trabalho concreto, cujo qual é “formador de valores de uso, é condição da vida humana, independente de todas as formas de sociedade. É atividade existencial do homem, sua atividade livre e consciente” (ibid., p. 349).

Todo o trabalho envolve processos de trabalho cujo “seu produto é um valor de uso; uma matéria natural adaptadas às necessidades humanas mediante transformação da forma” (MARX, 1983, p. 149 apud LESSA, 2016, p. 36). Portanto, somente através do trabalho dos sujeitos que se realizam as transformações na sociedade. Ressalta-se, ainda, que o trabalho, além de transformar o mundo objetivo, transforma o sujeito que opera a objetivação, portanto, este sujeito também se (re)constrói.

Conforme ressalta Sérgio Lessa (2016), há conexões ontológicas inerentes ao trabalho, sendo: A ação sobre a natureza e a projeção de seus resultados, através do nível da consciência; A capacidade de idealizar antes de objetivar, o que possibilita escolhas entre as diferentes possibilidades de cada situação; E for fim, a objetivação, cuja qual permite sempre uma transformação

da realidade e, conseqüentemente, produz uma nova situação, pois a realidade já não será a mesma.

Partindo da concepção de que o trabalho se realiza em um processo de trabalho, podemos compreender que o(a) assistente social se insere em diferentes processos de trabalho. Conforme Iamamoto, todos os processos de trabalho implicam três elementos constitutivos, sendo: “uma matéria prima sobre o qual incide a ação; meios ou instrumentos de trabalho que potenciam a ação do sujeito sobre o objeto; e a própria atividade, ou seja, o trabalho direcionado a um fim, que resulta em um produto.” (2015, p. 61).

Com base no trabalho de Wunsch e Mendes (2016), verifica-se que “no processo de trabalho a atividade do ser humano opera uma transformação no objeto sobre o qual atua por meio de um instrumental de trabalho e está subordinada a um determinado fim.” (2016, p. 72).

Conforme já mencionado anteriormente, o processo de trabalho possui três elementos constitutivos, sendo o próprio trabalho; a matéria a que se aplica o trabalho, e; os meios de trabalho. A partir do trabalho das autoras acima referidas, estes elementos podem ser melhores compreendidos como sendo:

- a) A atividade adequada a um fim, isto é, o próprio trabalho – ou a força de trabalho, que significa a totalidade da capacidade física e mental do trabalhador aplicada ao realizar o trabalho e que vai sendo aperfeiçoada pela sua habilidade e experiência;
- b) A matéria a que se aplica o trabalho, o objeto de trabalho, a matéria-prima sobre a qual o trabalhador atua no processo de produção e que sofre uma transformação;
- c) Os meios de trabalho, o instrumental de trabalho, que formam um complexo de coisas que se colocam entre o trabalhador e o objeto de trabalho, no sentido de facilitar, tornar mais eficiente ou eficaz a sua ação sobre o objeto. (WUNSCH e MENDES, 2016, p. 74).

Resgatando a dimensão do trabalho coletivo dos(as) assistentes sociais, cabe ressaltar que este profissional não realiza seu trabalho de forma isolada, pois é um trabalhador coletivo, inserido em equipes e “seu trabalho é parte de um conjunto de especialidades que são acionadas conjuntamente para a realização dos fins das instituições empregadoras” (IAMAMOTO, 2015, p.64).

No campo da saúde, os processos de trabalho coletivos, da mesma forma que exigem trabalho multiprofissional, permitem maior visibilidade em relação ao trabalho coletivo, pois o objeto é comum. Destaca-se que há uma

particularização deste no âmbito do Serviço Social, em especial no que tange os determinantes sociais em saúde que incidem no processo de saúde-doença.

O objeto dos processos de trabalho não é determinado, são apresentados pelos sujeitos que os vivenciam, objetiva e subjetivamente, aos serviços de saúde. Isso requer que tenhamos um olhar que contemple a sua totalidade, a fim de que possamos compreender as formas de resistência dos sujeitos frente às realidades adversas que atravessam suas vidas e, conjuntamente, possamos planejar estratégias que envolvam diferentes atores e setores com objetivo final de alcançar a autonomia destes sujeitos.

Conforme ressalta, Malta e Merhy (2010),

A dimensão cuidadora, produtora de tecnologias leves, relacionais, torna-se fundamental para ampliar a capacidade dos trabalhadores de lidarem com a subjetividade e com as necessidades de saúde dos usuários. Estes espaços de encontro são singulares para operar esta compreensão dos trabalhadores acerca das necessidades dos usuários, e, portanto, com a produção de um cuidado integral à saúde” (MALTA; MERHY, 2010, p. 600).

Assim sendo, profissionais de várias áreas do saber atuam sobre o mesmo objeto, tomando para si as particularidades de cada profissão. Portanto, o objeto envolve a complexidade do ser social e, sendo assim, urge a compreensão acerca das objetividades e subjetividades distintas e torna, portanto, o trabalho em saúde em um trabalho necessariamente coletivo e reflexivo.

No próximo item, iremos aprofundar questões relativas à Política de Saúde no Brasil, a inserção dos(as) assistentes sociais nos processos de trabalho coletivos em saúde, nos diferentes níveis de complexidade, cujo qual se movimenta para garantir a integralidade do cuidado, tendo em vista o conceito ampliado de saúde.

### **2.3 Política de Saúde: elementos sócio históricos para o debate**

Para melhor compreender os contornos assumidos pela Política de Saúde na atualidade, se faz necessário rememorar os aspectos sócio históricos presentes neste setor, desde a luta para sua construção, implementação e

consolidação enquanto política social pública, assumindo caráter de direito universal de cidadania.

No Brasil a saúde começou a ser pensada como “questão social” apenas no século XX, a partir da segunda década, com a implementação da Lei Elói Chaves, cuja qual criou as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), datando o marco inicial da Previdência Social brasileira, muito com o enfoque na saúde do trabalhador formal.

Sobre as CAPs, é importante ressaltar que:

[...] eram organizadas por empresas, de modo que só os grandes estabelecimentos tinham condições de mantê-las. O presidente das mesmas era nomeado pelo Presidente da República e os patrões e empregados paritariamente da administração. Os benefícios eram proporcionais às contribuições e foram previstas: assistência médica-curativa e fornecimento de medicamentos; aposentadoria por tempo de serviço, velhice, invalidez, pensão para os dependentes e auxílio funeral. (BRAVO, 2009, p. 90).

Somente na década seguinte, foi que ocorreu maior intervenção do Estado na Saúde. Nesta época, vivia-se um processo de industrialização e redefinição do papel do Estado, cenário que exigiu respostas em relação às reivindicações dos trabalhadores e, também, propiciou o surgimento das políticas sociais a fim de darem respostas às questões sociais que se apresentavam (BRAVO, 2009).

Nesta época, a saúde era organizada em dois grandes setores, o da saúde pública e o da saúde previdenciária, modelo este, que perdurou até meados da década de 1960.

A partir de 1960, período marcado pelo início da ditadura militar, houve a intensificação e aprofundamento dos problemas estruturais. Verifica-se que

O Estado utilizou para sua intervenção o binômio repressão-assistência, sendo a política assistencial ampliada, burocratizada e modernizada pela máquina estatal com a finalidade de aumentar o poder de regulação sobre a sociedade, suavizar as tensões sociais e conseguir legitimidade para o regime, como também servir de mecanismo de acumulação do capital (BRAVO, 2009, p. 93).

Neste período, a política de saúde enfrentou pressões populares que requisitavam o aumento dos serviços, a disponibilidade de recursos financeiros com vistas ao modelo que se tinha. Observava-se também, a predominância da

Previdência Social, por meio de ações curativas, comandadas por setores de interesse para o capital.

Na década de 1980, a sociedade brasileira enfrentou uma grande crise econômica, cuja qual reflete até atualmente. Houve também, a transição para o regime democrático, cujo ápice foi a promulgação da Constituição Federal em 1988, construída com ampla participação popular.

Para o campo da saúde pública, foi um período histórico de muita luta e avanços no campo dos direitos sociais. As principais propostas dos ativistas pela Reforma Sanitária eram a

[...] universalização do acesso; a concepção da saúde enquanto direito social e dever do estado; a reestruturação do setor através da estratégia do Sistema Unificado de Saúde, visando um profundo reordenamento setorial com um novo olhar sobre a saúde individual e coletiva; a descentralização do processo decisório para as esferas estadual e municipal, o financiamento efetivo e a democratização do poder local através de novos mecanismos de gestão - os Conselhos de Saúde. (BRAVO, 2009, p.96).

Cabe ressaltar que a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, se constituiu como momento histórico para que os rumos da saúde pública fossem decididos, a partir da organização da sociedade civil.

A promulgação da Constituição Federal em 1988, introduz avanços significativos com relação às históricas dívidas e injustiças sociais acumuladas. No entanto, cabe explicitar que este processo histórico não foi passivo e, portanto, se configurou e se configura como um processo de lutas e resistências, permeado por contradições e antagonismos, na consolidação e garantia dos direitos sociais da classe trabalhadora.

Naquele período histórico<sup>1</sup>, o setor saúde estava sendo disputado por dois amplos projetos, sendo: **1) Projeto de Reforma Sanitária**, representado pela Plenária Nacional pela Saúde, com a presença de sindicatos, centrais sindicais, associações profissionais e culturais, partidos políticos progressistas, movimentos populares, associações de usuários, entre outros; **2) Projeto Privatista**, de cunho neoliberal, liderado pela Federação Brasileira de

---

<sup>1</sup> O setor da saúde permanece, historicamente, em disputa por ambos projetos.

Hospitais, representante do setor privado, e Associação de Indústria Farmacêuticas, representante das empresas multinacionais.

Tais projetos definem a quantidade e a forma de destinação dos recursos públicos, como também as parcerias que vão contornando e contribuindo, ou não, para a efetivação da Política de Saúde.

Verifica-se que o texto constitucional de 1988, atendeu grande parte das reivindicações do projeto de reforma sanitária, logo, prejudicou os interesses do grande capital.

Com base no artigo 196 da Constituição Federal, conferimos um avanço no conceito de saúde. Denomina-se o conceito ampliado de saúde, cujo eleva se olhar para o campo dos determinantes sociais e condicionantes em saúde, portanto, olha o usuário como um sujeito que está inserido em um grupo social, cujo possui condições, modos e meios de vida singulares.

Ainda no campo jurídico, verifica-se um avanço com a promulgação da Lei nº 8.080 de 1990, que dispõe sobre *as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências*. (BRASIL, 1990).

Dentre os Objetivos e Atribuições (Capítulo I); Princípios e Diretrizes (Capítulo II) do SUS, destaca-se:

Art. 5º, que define os objetivos do SUS, sendo: a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde; a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.

Art. 6º que define como campo de atuação do SUS, a execução de ações de vigilância sanitária; vigilância epidemiológica; de saúde do trabalhador; de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica.

Art. 7º, que versa sobre os princípios do SUS, entre outros: universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos; preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral; igualdade da assistência à saúde; direito à informação; participação da comunidade; descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo: a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios, b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde; (BRASIL, Lei nº 8.080/1990).

O fato de colocar em evidência as grandes conquistas no campo da saúde, tem o propósito de alertar que diante de inúmeros avanços, não quer dizer que este campo não continua em disputa. Verifica-se que há forte presença do Projeto Privatista, articulado com os interesses do mercado, cujo qual marca presença através de constantes tensionamentos.

Recentemente, com a aprovação da Emenda Constitucional nº 95/2016, que altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências, verificamos que não se trata de um plano para estabilização fiscal, mas sim um projeto que visa a redução drástica do tamanho do Estado para que a intervenção do Estado seja mínima nas necessidades sociais da população.

Conforme ressalta Rossi e Dwick (2016), os impactos da implementação de um novo regime fiscal terão efeitos no plano macroeconômico, e em consequência disso, trará profundos impactos sociais, principalmente no que tange às Políticas de Saúde, Educação, Assistência Social e Previdência Social.

No plano macroeconômico, a reforma será um entrave ao crescimento econômico ao institucionalizar e automatizar um ajuste fiscal permanente. Além disso, a reforma tem profundos impactos sociais. Sua lógica pressupõe um crescimento zero do gasto público federal enquanto a população e a renda crescem, o que implica redução do gasto público per capita e em relação ao PIB. Adicionalmente, enquanto alguns gastos necessariamente terão aumento real, como o gasto com previdência, outros serão reduzidos pressionados pelo teto, de forma a reconfigurar o estado brasileiro (ROSSI; DWICK, 2016, p. 4).

Portanto, argumenta-se que a reforma fiscal tem por objetivo a desvinculação de receitas para investimentos em políticas sociais, o que torna impossível qualquer melhora no campo dos direitos sociais já conquistados. Cabe ressaltar que este movimento abre precedentes para o sucateamento da máquina pública, refletindo de forma negativa no campo dos direitos sociais, especialmente na saúde, cujo facilitará a eliminação de seu caráter universal.

Consideramos os aspectos que tangem o debate acerca dos elementos sócio históricos do setor da saúde são de suma importância para compreender a conjuntura sócio-política atual, bem como formular estratégias de resistência



frente aos desmontes que estão em curso no campo das políticas sociais, em especial a Política de Saúde.

#### **2.4 Características do trabalho do(a) Assistente Social na Política de Saúde**

A fim de dar visibilidade acerca da inserção dos(as) assistentes sociais no campo da saúde, iremos realizar uma aproximação acerca do ingresso destes profissionais na área. Cabe ressaltar que a revisão, ora apresentada, está em fase de aprimoramento e aqui serão trazidas algumas considerações.

Conforme explicitado anteriormente, o trabalho dos(as) assistentes sociais não se desenvolve isoladamente, é parte de um processo de trabalho coletivo, desenvolvido por um conjunto de trabalhadores que visam o alcance de uma finalidade, portanto, se caracteriza enquanto processo de trabalho.

Ao tratarmos o trabalho na saúde, entende-se que

[...] o processo de trabalho nos serviços de saúde define-se a partir das condições histórica sob os quais a saúde pública se desenvolveu no Brasil; das mudanças de natureza tecnológica, organizacional e política que perpassam o Sistema Único de Saúde; e das formas de cooperação vertical (divisão socio técnica e institucional do trabalho) e horizontal (expansão dos subsistemas de saúde) consubstanciadas nas rede de atividades, saberes, hierarquias, funções e especializações profissionais (COSTA, 2009, p. 308).

Com a implantação do SUS, a partir de 1990, houve mudanças significativas na organização dos serviços que materializam a saúde enquanto uma política social pública. Estas mudanças exigiram novas formas de organização do trabalho na saúde, demonstraram também novas formas de hierarquização por nível de complexidade, descentralização e democratização do sistema de saúde.

Conforme Costa (2009), atualmente o modelo de organização da Política de Saúde, no mesmo tempo que atende as reivindicações históricas da sociedade civil, demonstra fortes contradições, dentre as quais aponta a demanda reprimida/exclusão, precariedade de recursos financeiros e humanos, burocratização do acesso e ênfase na assistência médica curativa e individual.

Conforme sistematização do CFESS, verifica-se, entre outras demandas, a requisição para:

[...] marcação de consultas e exames, bem como solicitação de autorização para tais procedimentos aos setores competentes; solicitação e regulação de ambulância para remoção e alta; identificação de vagas em outras unidades nas situações de necessidade de transferência hospitalar; pesagem e medição de crianças e gestantes; convocação do responsável para informar sobre alta e óbito; comunicação de óbitos; emissão de declaração de comparecimento na unidade quando o atendimento for realizado por quaisquer outros profissionais que não o Assistente Social; montagem de processo e preenchimento de formulários para viabilização de Tratamento Fora de Domicílio (TFD), medicação de alto custo e fornecimento de equipamentos (órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção). (CFESS, 2009, p. 46-47).

Dessa maneira, são atribuídas, aos assistentes sociais, diferentes funções e competências que se complexificam no cotidiano profissional e que podem, por vezes, resultar num pragmatismo profissional, levando a “funções compatíveis com ações irrefletidas, reiterativas, paliativas, instrumentais, até utilitárias, nas quais a resolução imediata em face dos conflitos deve se expressar no lócus institucional, tornando-se o parâmetro da eficiência e da competência” (RAMOS; FORTI; 2018, p. 92). Nessa direção, o profissional precisa estar atento às demandas dos usuários e suas determinações sociais, valendo-se de uma análise crítica que supere o imediatismo e que resulte em intervenções capazes de captar a amplitude dos processos sociais.

Portanto, vale lembrar que área na da saúde, o exercício profissional está atrelado à compreensão dos determinantes sociais, econômicos e culturais que interferem no processo saúde-doença, bem como na busca de estratégias político-institucionais visando o enfrentamento dessas questões (CFESS, 2009).

No exercício da profissão, cabe aos assistentes sociais, a formulação de estratégias que busquem reforçar a saúde enquanto direito social, atentando que o trabalho profissional esteja articulado com o projeto ético-político da profissão, dialogando com os demais projetos societários da classe trabalhadora e, principalmente, ao projeto de reforma sanitária.

Em linhas gerais, conforme destaca as autoras, compete aos assistentes sociais:

buscar o desvelamento da realidade, das mudanças societárias, visando captar a dinâmica dos processos sociais, o que nos permite inferir que a finalidade desse profissional na área da saúde comporta o desvelamento dos determinantes sociais, econômicos e culturais que interferem no processo saúde-doença (RAMOS; FORTI; 2018, p. 96).

Desde a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), discute-se o conceito ampliado de saúde, sendo fruto da compreensão de que saúde não é apenas a ausência de doenças e, portanto, compreende fatores psicossociais e políticos existentes na sociedade de classes e que o Estado deve-se fazer presente.

Conforme o Relatório Final dessa Conferência, publicado em 1987, fica explícita essa mudança de paradigma na área da saúde. Verifica-se no texto, especificamente no “Tema 1 – Saúde como Direito “, que:

1. Em seu sentido mais abrangente, a Saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida;
2. A Saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquista da população em suas lutas cotidianas. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1987, p. 12).

Portanto, os Determinantes Sociais de Saúde são o objeto de trabalho dos(as) assistentes sociais e requerem a formulação de estratégias de resistência e diálogo com as outras áreas profissionais, a fim de que o reconhecimento desses determinantes seja apreendido coletivamente, no âmbito do cuidado integral em saúde.

Sendo assim, todo o trabalho profissional dos(as) assistentes sociais devem estar relacionados com o Código de Ética Profissional, cujo apresenta os delineamentos para atuação profissional, seja na atuação direta com os usuários dos serviços, no planejamento, na gestão, na assessoria ou na mobilização para participação social, não existindo fórmulas para a construção deste projeto democrático de cidadania.

### **3.0 OBJETIVOS**

#### **3.1 Geral**

- Identificar o que particulariza o trabalho do(a) assistente social na internação pediátrica nos processos de trabalhos coletivos, a partir da percepção dos residentes que atuam neste serviço, com vistas a contribuir para o fortalecimento da atenção integral em saúde.

#### **3.2 Específicos**

- Possibilitar para uma maior aproximação e definição acerca das demandas dos usuários do serviço da unidade de pediatria.

- Analisar a percepção das atribuições do(a) assistente social na unidade de internação pediátrica e as contradições acerca das demandas atribuídas a este profissional.

- Ampliar a visibilidade acerca do que particulariza o trabalho do(a) assistente social nos processos de trabalho coletivos em saúde, na perspectiva da integralidade do cuidado em saúde dos usuários deste serviço.

- Contribuir para o aprimoramento do trabalho interprofissional em saúde.

### **4.0 RESULTADOS DA PESQUISA**

Optou-se em demonstrar os resultados da pesquisa através de **artigo científico**. Deste modo, após apreciação da banca avaliadora, o artigo irá ser submetido para aprovação e publicação em periódico da área, a ser definido.

#### **4.0 Considerações finais**

Partiu-se do pressuposto que o trabalho deve ser um elemento transformador e, ao dar visibilidade para o trabalho do/a assistente social e da equipe multiprofissional, aponta-se para compreensão acerca da importância do trabalho interprofissional.

Verifica-se que o conceito ampliado de saúde está no horizonte, e o caminho está sendo percorrido desde meados da década de 1980. Houve muitos avanços na compreensão sobre o processo saúde-doença, aprimoramento do trabalho técnico, cooperação entre profissionais e usuários e avanços tecnológicos. No entanto, no cotidiano do trabalho existem desafios concretos para a viabilização do cuidado integral em saúde.

No que tange a área pesquisada, ficou evidente que o cuidado às crianças e adolescentes exige atenção de equipe multiprofissional e trabalho interprofissional. Emergiu a necessidade de ter um olhar ampliado, que contemple a visualização e atendimento das demandas e das necessidades em saúde.

Atualmente há alta demanda de pacientes com doenças crônicas. Verifica-se que o avanço tecnológico e aprimoramento técnico proporcionam possibilidades de manutenção da vida. No entanto, há maior consumo de recursos de saúde em determinadas áreas, como nas áreas de hospitalização, unidades de terapia intensiva pediátrica (UTIP) e representa, também, períodos de longa internação. Deste modo, os investimentos nas políticas públicas devem estar em consonância às necessidades da população.

Diante dos dados da pesquisa, constatou-se que a inserção de assistentes sociais nas equipes multiprofissionais, garante maior visibilidade às realidades, modos e meios de vida da população, bem como evidencia os determinantes sociais e econômicos que se atravessam na vida dos sujeitos e impactam nos processos de saúde-doença. Deste modo, comparou-se o trabalho do/a assistente social aos fios (in)visíveis do processo de cuidado. Todos sabem que os fios existem, mas por vezes, eles estão envoltos das “miçangas”.

Constata-se, também, que o que particulariza o trabalho dos/as assistentes sociais é a apreensão da dimensão da totalidade nos processos

sociais, conectando o modo e meio de vida da população com as situações que se apresentam no serviço de saúde. Deste modo, o trabalho evidencia a necessidade de aprofundamento das análises, na sua totalidade, e contribui para que novas abordagens de cuidado sejam efetivadas, tendo como eixo central o sujeito, portador de individualidades e participe de um processo social, cujo é desigual e expressa múltiplas singularidades. Verificou-se que os/as assistentes sociais realizam mediações a partir do desvelamento da realidade vivida pelos usuários/as, e contribuem para que o trabalho da equipe de saúde supere o imediatismo, pragmatismo e puro tecnicismo.

Em relação à equipe multiprofissional, é necessário destacar a necessidade do trabalho interprofissional, considerando a interdisciplinaridade. Para que isso ocorra, necessita conhecimento acerca do que é comum e do que é particular das profissões.

Neste panorama surgem possibilidades, dificuldades e desafios concretos para a efetivação da integralidade. Através da análise, evidenciaram-se as dificuldades e desafios envolvendo, principalmente, o acesso e viabilização dos direitos sociais e empenho para a desburocratização do acesso às políticas sociais. Deste modo, é necessário que haja maior investimento no setor da saúde pública, a fim de que as demandas e necessidades sejam atendidas integralmente.

Portanto, é importante resgatar que a integralidade diz respeito ao “todo”, que significa a complementação e articulação dos saberes e profissões, de modo que se permita a atender, traduzir, dialogar e encaminhar as demandas e necessidades dos usuários. Assim sendo, todos os profissionais, usuários e redes de proteção contribuem no processo de proteção, prevenção e recuperação da saúde, sendo utilizadas as tecnologias em saúde.

Deste modo, a perspectiva do trabalho realizado de forma “nuclear”, ou seja, uniprofissional se mostra insuficiente diante das demandas e necessidades postas pelos usuários dos serviços. Cabe retomar que o trabalho possui uma dimensão coletiva, sendo uma atividade transformadora.

No âmbito da formação profissional em serviço, destaca-se a necessidade de analisá-la na perspectiva da educação interprofissional, de modo que contribua para o aprimoramento dos processos de trabalho em saúde. Percebe-se que o tema do trabalho em saúde, por vezes, vem sendo

abordado de forma fragmentada e incipiente, prejudicando a compreensão da materialização do conceito ampliado de saúde e, conseqüentemente, repercute na efetivação do princípio da integralidade como modo de concretizar a saúde enquanto direito universal.

## REFERÊNCIAS

- AYRES, J.R.C.M. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, Dina; FREITAS, Carlos Machado (Org.). **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2009. p. 121 – 143.
- AYRES, J.R.C.M. Organização das ações de Atenção à Saúde: modelos e práticas. *Saúde Soc.*, v.18, n.2, p.11-23, 2009.
- BARR, Hugh; LOW, Helena. **Introdução à educação interprofissional**. Reino Unido: CAIPE; 2013.
- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.
- BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**. Brasília, DF.
- BRAVO, Maria Inês Souza. **Política de Saúde no Brasil. In: Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. Brasília: Editora Cortez. 2009. 4ª edição. p. 88 - 110.
- BUSS, P. M.; FILHO, A. P. **A Saúde e seus Determinantes Sociais**. *PHYSIS: Revista Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, n. 17(1), p. 77-93, 2007.
- CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2006. p.117 – 130.
- COUTO, Mia. **O fio das missangas**. São Paulo: Companhia das Letras, 2009.
- FURTADO, Juarez Pereira. **Equipes de referência: arranjo institucional para potencializar a colaboração entre disciplinas e profissões**. *Interface (Botucatu)*. 2007; 11(22):239-55.
- GONZÁLEZ, R.; LÓPEZ-HERCE, J. **Mortality of patients with chronic disease: an increasing problem**. *Jornal de Pediatria*: Rio de Janeiro, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jped.2018.12.002>. Acesso em 06 de outubro de 2019.
- LUKÁCS, G. **Existencialismo ou marxismo**. São Paulo: Senzala, 1967.
- MARTINELLI, M. L. **Reflexões sobre o Serviço Social e o projeto ético-político profissional**. *Emancipação*. Ponta Grossa, v. 6, n 1, p. 9 – 23, 2006.



MATOS, Maurílio de Castro. Assessoria, consultoria, auditoria, supervisão técnica. In: CFESS, ABEPSS. **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**. CEAD/UnB. Brasília. p. 513 – 539. 2009.

NICOLAU, Maria Celia Correia. **O aprender do fazer: Serviço Social, trabalho profissional, formação e representações sociais**. Natal: EDUFRRN, 2005.

PEDUZZI, M., et. al. (2013). **Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários**. *Revista Da Escola de Enfermagem*, 47(4), 973–979.

PORTO, Marcelo Firpo de Souza; PIVETTA, Fatima. Por uma promoção da saúde emancipatória em territórios urbanos vulneráveis. In: CZERESNIA, Dina; FREITAS, Carlos Machado (Org.). **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2009. p. 207 – 229.

VASCONCELOS, Ana Maria. **Relação Teoria/Prática: o processo de assessoria/consultoria e o Serviço Social**. In: Serviço Social e Sociedade, n. 56, São Paulo: Cortez, 1998.

VIEIRA, Evaldo Amaro. **A república brasileira: de Getúlio a Lula (1951 – 2010)**. São Paulo: Cortez, 2015.

YAZBEK, Maria Carmelita. **Classes subalternas e assistência social**. 4ª ed. São Paulo: Cortez, 2003. (1ª ed. 1993).

## **5.0 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A inclinação para pesquisar as particularidades do trabalho do/a assistente social, mediante a inserção nos processos de trabalho coletivo em saúde, no âmbito da pediatria, indica, no mínimo, uma inquietude no plano do exercício profissional e no plano teórico-metodológico, tendo em vista a escassez de produção científica e a necessidade de qualificar os processos de trabalho em saúde.

Diante das inquietações, elaboramos o projeto de pesquisa e submetemos para apreciação do CEP/HCPA. Verificamos impactos desde a elaboração do projeto, com a retomada e estudo de categorias teóricas. A realização das entrevistas foi um processo dialógico e transformador, pois foi um espaço de fala e reflexão. No período da análise das informações verificou-se as divergências e convergências dos entrevistados e pudemos extrair os resultados constantes neste trabalho.

Ao lançarmos a ideia, não se tinha a dimensão da potencialidade deste trabalho e, mediante a sua elaboração, partilhamos os resultados, no intuito de qualificar os processos de trabalho em saúde e demonstrar a importância da equipe multiprofissional e do trabalho interprofissional.

Muito se tem a construir, e a produzir. As inquietações iniciais foram respondidas, mas no caminho surgiram outras tantas. Deste modo, a exploração do tema não está imune às lacunas teóricas e equívocos.

Ressalta-se a importância da RIMS para o trabalho coletivo em saúde, uma vez que é visível o processo de ensino-aprendizado em serviço e o tensionamento para a constante reflexão e qualificação dos processos de trabalho coletivo em saúde.

Para concluir, espera-se que este trabalho venha a somar no cotidiano do trabalho e nos processos de trabalho coletivo em saúde, pois a dimensão da interprofissionalidade acrescenta na qualidade do serviço prestado, em uma atenção humanizada e integral.

## REFERÊNCIAS

- ABEPSS. Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social. **Diretrizes gerais para o curso de Serviço Social: com base no currículo mínimo aprovado em assembleia geral extraordinária de 8 de novembro de 1996**. Rio de Janeiro: ABEPSS, 1996.
- AYRES, J.R.C.M. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, Dina; FREITAS, Carlos Machado (Org.). **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2009. p. 121 – 143.
- AYRES, J.R.C.M. Organização das ações de Atenção à Saúde: modelos e práticas. *Saúde Soc.*, v.18, n.2, p.11-23, 2009.
- BARR, Hugh; LOW, Helena. **Introdução à educação interprofissional**. Reino Unido: CAIPE; 2013.
- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.
- BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**. Brasília, DF.
- BRASIL. **Código de ética do/a assistente social. Lei 8.662/93 de regulamentação da profissão**. - 10ª. ed. rev. e atual. - Brasília: Conselho Federal de Serviço Social.
- BRAVO, Maria Inês Souza. **Política de Saúde no Brasil. In: Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. Brasília: Editora Cortez. 2009. 4ª edição. p. 88 - 110.
- BUSS, P. M.; FILHO, A. P. **A Saúde e seus Determinantes Sociais**. *PHYSIS: Revista Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, n. 17(1), p. 77-93, 2007.
- CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2006. p.117 – 130.
- CFESS. Conselho Federal de Serviço Social. **Parâmetros para atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde**. Brasília, 2010. Disponível em: <<http://www.cfess.org.br>>. Acesso em: 01 de outubro de 2018.
- COSTA, Maria Dalva Horácio da Costa. **O trabalho dos serviços de saúde e a inserção dos(as) Assistentes Sociais. In: Serviço Social e Saúde:**

**Formação e Trabalho Profissional.** Brasília: Editora Cortez. 2009. 4ª edição. p. 273 - 303.

COUTO, Mia. **O fio das missangas.** São Paulo: Companhia das Letras, 2009.

FURTADO, Juarez Pereira. **Equipes de referência: arranjo institucional para potencializar a colaboração entre disciplinas e profissões.** Interface (Botucatu). 2007; 11(22):239-55.

GONZÁLEZ, R.; LÓPEZ-HERCE, J. **Mortality of patients with chronic disease: an increasing problem.** Jornal de Pediatria: Rio de Janeiro, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jped.2018.12.002>. Acesso em 06 de outubro de 2019.

HCPA. Hospital de Clínicas de Porto Alegre. **Apresentação institucional (online).** Disponível em: <https://www.hcpa.edu.br/institucional/institucional-apresentacao>. Acesso em: 01 de outubro de 2018.

IAMAMOTO, Marilda V. **O Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional.** 26ª ed. São Paulo: Cortez, 2015.

IAMAMOTO, Marilda V. **Os espaços sócio ocupacionais do assistente social. In: Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais.** CFESS/ABEPSS, Brasília, 2009.

IAMAMOTO, Marilda V. **Serviço Social em tempo de Capital Fetice – capital financeiro, trabalho e questão social.** 9ª ed. São Paulo: Cortez, 2015.

LESSA, Sérgio. **Serviço Social e Trabalho: Porque o Serviço Social não é trabalho.** 3ª ed. Maceió: Coletivo Veredas, 2016.

LUKÁCS, G. **Existencialismo ou marxismo.** São Paulo: Senzala, 1967.

MALTA, D. C.; MERHY, E. E. **O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis.** Botucatu: Interface. 2010, vol.14, n.34, pp.593-606.

MARTINELLI, M. L. **Reflexões sobre o Serviço Social e o projeto ético-político profissional.** Emancipação. Ponta Grossa, v. 6, n 1, p. 9 – 23, 2006.

MARTINELLI, Maria Lúcia. **O trabalho do assistente social em contextos hospitalares.** In: Revista Serviço Social e Sociedade. n. 107, p. 497-508. São Paulo: Editora Cortez, 2011.

MATOS, Maurílio de Castro. Assessoria, consultoria, auditoria, supervisão técnica. In: CFESS, ABEPSS. **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais.** CEAD/UnB. Brasília. p. 513 – 539. 2009.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; DESLANDES, Suely Ferreira; GOMES, Romeu. ***Pesquisa Social: teoria, método e criatividade***. 33ª Edição. Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 2013.

MORAES, Roque. ***Análise de Conteúdo***. Revista Educação. Porto Alegre, RS. V. 22, Nº 37, p. 7 - 32, 1999.

NICOLAU, Maria Celia Correia. **O aprender do fazer: Serviço Social, trabalho profissional, formação e representações sociais**. Natal: EDUFRN, 2005.

PEDUZZI, M., et. al. (2013). **Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários**. *Revista Da Escola de Enfermagem*, 47(4), 973–979.

PORTO, Marcelo Firpo de Souza; PIVETTA, Fatima. Por uma promoção da saúde emancipatória em territórios urbanos vulneráveis. In: CZERESNIA, Dina; FREITAS, Carlos Machado (Org.). **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2009. p. 207 – 229.

RICHARDSON, R. J. ***Pesquisa Social: métodos e técnicas***. 3ª Edição. São Paulo, SP: Editora Atlas, 1999.

ROSSI, Pedro; DWECK, Esther. ***Impactos do Novo Regime Fiscal na saúde e educação***. Caderno de Saúde Pública 2016; vol. 32. Disponível em: <[www.ensp.fiocruz.br/csp](http://www.ensp.fiocruz.br/csp)>. Acesso em: 01 de outubro de 2018.

VASCONCELOS, Ana Maria. **Relação Teoria/Prática: o processo de assessoria/consultoria e o Serviço Social**. In: Serviço Social e Sociedade, n. 56, São Paulo: Cortez, 1998.

VIEIRA, Evaldo Amaro. **A república brasileira: de Getúlio a Lula (1951 – 2010)**. São Paulo: Cortez, 2015.

WUNSCH, Dolores Sanches; MENDES, Jussara M. Rosa. ***Processos de Trabalho e a instrumentalização do trabalho profissional nas dimensões da competência profissional***. In: Supervisão de estágio em Serviço Social: uma perspectiva de formação permanente. Porto Alegre, RS: Prorext/UFRGS, 2016.

YAZBEK, Maria Carmelita. **Classes subalternas e assistência social**. 4ª ed. São Paulo: Cortez, 2003. (1ª ed. 1993).

## APÊNDICES

### Apêndice A - Roteiro de entrevista semiestruturada

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/2019.

Participante nº \_\_\_\_\_

#### 1.0 Identificação

Formação: \_\_\_\_\_

Ano de conclusão da graduação: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_

Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino

#### Eixo 1 - Características e demandas em saúde dos usuários do serviço de pediatria:

- a) Quais são as principais demandas em saúde dos usuários do serviço de pediatria?
- b) A partir dessas demandas quais, na sua opinião, são as principais necessidades em saúde considerando contextos sociais dos usuários do serviço de pediatria?
- c) O que você entende como sendo fatores determinantes e condicionantes em saúde?
- d) Como percebe os impactos gerados na vida das crianças e suas famílias, cujas quais vivenciam situações de vulnerabilidade social?

#### Eixo 2 - Percepção acerca das atribuições profissionais do assistente social:

- a) Antes da residência, você já tinha tido contato com algum assistente social? Em que situação?
- b) No HCPA, em que situações você teve contato com Assistentes Sociais? Em quais situações você visualizou a necessidade da intervenção de algum assistente social?
- c) Considerando a resposta anterior, quais as outras intervenções você identifica como sendo atribuição do assistente social?

#### Eixo 04 - Processo de trabalho coletivo em saúde:

- a) Como se dá trabalho em equipe nessa unidade?
- b) Na sua compreensão, o trabalho da equipe multiprofissional é interdisciplinar, por quê?
- c) Como percebe a contribuição do seu núcleo no trabalho coletivo em saúde?
- d) Quais as possibilidades e desafios para qualificar a atenção em saúde aos pacientes, a partir do trabalho coletivo em saúde?

#### Eixo 3 - Integralidade em saúde:

- a) Qual a importância da integralidade do cuidado em saúde?
- b) De que forma isso é feito com os pacientes da pediatria?
- c) Quais são os desafios para executar um plano articulado com a rede interna e externa, na perspectiva da integralidade?

#### Pergunta final:

Gostaria de falar algo a mais sobre estas perguntas?

### Apêndice B

## **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ES ESCLARECIDO – TCLE**

**Título do Projeto:** O trabalho do(a) Assistente Social na internação pediátrica nos processos de trabalho coletivos: a partir da percepção dos residentes em saúde.

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa cujo objetivo é *“identificar o que particulariza o trabalho do assistente social na internação pediátrica, a partir da percepção dos residentes que atuam neste serviço, em processos de trabalho coletivo, com vistas a contribuir para o fortalecimento da atenção integral em saúde”*. Esta pesquisa está sendo realizada através do Programa de Residência Integrada em Saúde – ênfase em Saúde da Criança do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA).

Se você aceitar participar da pesquisa, será convidado a responder a uma entrevista semiestruturada, de aproximadamente 12 questões sobre processo de trabalho, demandas e participação do assistente social no atendimento aos pacientes e familiares. A entrevista poderá ter duração de 15 a 30 minutos.

Não são conhecidos riscos pela participação na pesquisa, porém, poderá haver algum desconforto com relação ao tempo e ao conteúdo da entrevista. Mas, você terá a liberdade de deixar de responder qualquer questão, caso não se sinta à vontade

Os possíveis benefícios decorrentes da participação na pesquisa não são diretos, contribuirão de forma indireta para o aumento do conhecimento sobre o assunto estudado, e, se aplicável, poderá beneficiar o processo de trabalho coletivo em saúde, beneficiando futuros pacientes.

Sua participação na pesquisa é totalmente voluntária, ou seja, não é obrigatória. Caso você decida não participar, ou ainda, desistir de participar e retirar seu consentimento, não haverá nenhum prejuízo a avaliação curricular que você recebe ou possa vir a receber na instituição.

Não está previsto nenhum tipo de pagamento pela sua participação na pesquisa e você não terá nenhum custo com respeito aos procedimentos envolvidos, porém, poderá ser ressarcido por despesas decorrentes de sua participação, cujos custos serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa.

Os dados coletados durante a pesquisa serão sempre tratados confidencialmente. Os resultados serão apresentados de forma conjunta, sem a identificação dos participantes, ou seja, o seu nome não aparecerá na publicação dos resultados.

Caso você tenha dúvidas, poderá entrar em contato com o pesquisador responsável Dolores Sanches Wunsch pelo telefone (51) 3359-8305, com o pesquisador Anderson da Silva Fagundes, pelo telefone (51) 3359-8305 ou com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), pelo telefone (51) 33597640, ou no 2º andar do HCPA, sala 2229, de segunda à sexta, das 8h às 17h.



**Observação:** Esse Termo é assinado em duas vias, sendo uma para o participante e outra para os pesquisadores.




## ANEXOS

### Anexo I – Parecer Consubstanciado do CEP/HCPA.

- DADOS DA VERSÃO DO PROJETO DE PESQUISA	
<b>Título da Pesquisa:</b> O trabalho do Assistente Social na internação pediátrica nos processos de trabalho coletivos: a partir da percepção dos residentes em saúde	
<b>Pesquisador Responsável:</b> Dolores Sanches Wunsch	
<b>Área Temática:</b>	
<b>Versão:</b> 3	
<b>CAAE:</b> 05025218.7.0000.5327	
<b>Submetido em:</b> 19/02/2019	
<b>Instituição Proponente:</b> Hospital de Clínicas de Porto Alegre	
<b>Situação da Versão do Projeto:</b> Aprovado	
<b>Localização atual da Versão do Projeto:</b> Pesquisador Responsável	
<b>Patrocinador Principal:</b> Hospital de Clínicas de Porto Alegre	

  
Comprovante de Receção:  PB\_COMPROVANTE\_RECEPCAO\_1278831

**UFRGS - HOSPITAL DE  
CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE  
DA UNIVERSIDADE FEDERAL**



Continuação do Parecer: 3.168.642

Investigador	Arquivo	Data e Hora	Responsável	Situação
	PROJETO_DE_PESQUISA_COM_ALT ERACOES.pdf	07/02/2019 12:21:51	Anderson da Silva Fagundes	Aceito
Outros	RESPOSTAS_AS_PENDENCIAS_EMIT IDAS_PELo_CEPHCPA.docx	07/02/2019 12:19:19	Anderson da Silva Fagundes	Aceito
Outros	Orcamento.pdf	21/12/2018 14:48:50	Anderson da Silva Fagundes	Aceito
Outros	Gronograma.pdf	21/12/2018 14:38:55	Anderson da Silva Fagundes	Aceito
Outros	Roterio_de_Entrevista.pdf	21/12/2018 10:33:47	Anderson da Silva Fagundes	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_Pesquisa.pdf	20/12/2018 11:50:11	Anderson da Silva Fagundes	Aceito
Outros	FDF.pdf	20/12/2018 11:40:13	Anderson da Silva Fagundes	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO.pdf	20/12/2018 11:33:18	Anderson da Silva Fagundes	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	19/12/2018 17:55:10	Dolores Sanches Wunsch	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

PORTO ALEGRE, 25 de Fevereiro de 2019

Assinado por:  
**Marcia Mocellin Raymundo**  
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2229  
Bairro: Santa Cecília CEP: 90.035-903  
UF: RS Município: PORTO ALEGRE  
Telefone: (51)3359-7640 Fax: (51)3359-7640 E-mail: cep@hcpa.edu.br